

Centre de Rééducation Professionnelle
Paul et Liliane Guinot

FORMATION PROFESSIONNELLE POUR AVEUGLES ET MALVOYANTS

24/26 boulevard Chastenet de Géry
94814 Villejuif Cedex
Tél : 01 46 78 01 00- Fax : 01 46 78 50 35
crp@guinot.asso.fr

FORMULAIRE MEDICAL

(A remplir par le **médecin Généraliste**)

. Merci de répondre à ce questionnaire dont le but est de mettre en place les aménagements éventuellement nécessaires pour que votre patient effectue sa formation dans les meilleures conditions.

. **Pièces à fournir :**

- **Photocopie du carnet de vaccinations à jour**
- **Pour la filière de formation en kinésithérapie le résultat des Anticorps antiHBS prouvant une vaccination contre l'hépatite B efficace en prévision des stages hospitaliers. Si non vacciné, merci de faire le nécessaire.**

Ce formulaire est destiné au médecin de l'établissement sous pli confidentiel

Nom et Prénom :

Date de naissance :

Adresse : _____

Coordonnées Médecin traitant :

Coordonnées Ophtalmologiste référent :

Antécédents personnels (médicaux / chirurgicaux / ophtalmo) :

Antécédents familiaux :

Allergies / intolérances :

Habitudes de vie :

Tabac OUI NON Sevré depuis :

Alcool OUI NON Sevré depuis :

Cannabis OUI NON Sevré depuis :

Autres toxiques :

Nécessité d'un régime particulier (sans sel, diabétique, sans gluten...) OUI NON

Si oui lequel : _____

Traitement habituel :

Suivi paramédical régulier (kiné, locomotion, psychomotricien, infirmier à domicile...) :

EXAMEN CLINIQUE

Poids :

Taille :

PA :

pouls :

I Système nerveux central et périphérique

Vertiges	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Migraines	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Ataxie	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Déficit moteur	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Déficit sensitif	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Troubles cognitifs	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Autres signes fonctionnels	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Signes physiques	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

Si oui détaillez : _____

II Psychique

Suivi psychologique ou psychiatrique antérieur ou actuel OUI NON

Addictions OUI NON

Fragilité psychique OUI NON

Troubles du sommeil OUI NON

Difficultés de concentration / troubles de l'attention OUI NON

Difficultés d'apprentissage OUI NON

Si oui détaillez : _____

III Appareil auditif

Vertiges OUI NON

Surdité OUI NON

Si oui détaillez : Date d'apparition ? Est-elle appareillée et depuis quand ? Quel type d'appareillage ? _____

IV Appareil locomoteurCervicalgies Chroniques OUI NON Autres signes fonctionnels OUI NON Signes physiques OUI NON

Si oui détaillez : _____

V Appareil digestifSignes fonctionnels OUI NON Signes physiques OUI NON

Si oui détaillez : _____

VI Appareil cardio-respiratoireSignes fonctionnels OUI NON Signes physiques OUI NON

Si oui détaillez : _____

VII Appareil urinaireSignes fonctionnels OUI NON Signes physiques OUI NON

Si oui détaillez : _____

PRISE EN CHARGE MEDICAL ET PARAMEDICALE PENDANT LA FORMATION

Pensez-vous qu'il soit nécessaire de mettre en place un suivi d'ordre médical et/ou paramédical particulier pendant la formation : OUI NON

Si oui lequel : _____

Fait à :
Le :

Cachet et signature

NB. S'il s'agit de malades atteints de tuberculose pulmonaire ou d'affections contagieuses, de désordres mentaux, prière au médecin qui remplira ce formulaire de fournir toutes précisions, les malades en question relevant d'un placement dans un établissement spécialisé. Le Centre dégage sa responsabilité pour le cas où, ayant été mal renseigné, il se trouverait dans l'obligation d'annuler sa décision d'admission